

## **СХЕМА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

### **1. Паспортная часть.**

### **2. Основные жалобы больного при поступлении.**

Этот раздел предусматривает опрос по системам и оценку субъективного состояния

Слабость, потеря в весе, ознобы, лихорадка.

- Система дыхания: дыхание через нос, отделяемое из носа, носовые кровотечения, боли в груди, приступы удушья, одышка, кашель, мокрота, кровохарканье.
- Сердечно-сосудистая система: сердцебиение, перебои, боли и другие неприятные ощущения в области сердца.
- Система пищеварения: аппетит, жажда, жевание, глотание, прохождение пищи по пищеводу, отрыжка, тошнота, рвота, боли и другие ненормальные ощущения в подложечной области, в животе, в правом и левом подреберьях, геморрой.
- Мочеполовая система: мочеиспускание днём, ночью, дизурические явления, диурез, боли в области почек.
- Эндокринная система: жажда, сухость во рту, увеличение щитовидной железы, экзофтальм, развитие вторичных половых признаков, характер оволосения, менструальная и репродуктивная функции, изменение массы тела.
- Кроветворная система: цвет кожных покровов, увеличение лимфатических узлов, наличие болей в костях, тяжести в животе.

### **3. История настоящего заболевания.**

В этом разделе необходимо подробно описать течение и развитие настоящего заболевания от момента первых его проявлений до поступления больного в стационар и до момента курации. Следует указать также, какое проводилось лечение и его эффективность.

### **4. История жизни больного.**

- а) биография (краткие биографические сведения в хронологическом порядке от рождения больного до поступления его в больницу: место и семья, где родился больной, развитие в раннем детстве, детство, начало учения, начало самостоятельной трудовой жизни и дальнейший трудовой анамнез);
- б) условия труда, быта в последний период времени (условия труда, детальная профессия, гигиенические условия, режим труда);
- в) жилищные условия;
- г) характер питания в прошлом и в настоящее время: (качественная и количественная характеристика питания, регулярность его);
- д) менструация, половая жизнь, женитьба, беременности, роды, аборты;
- е) перенесённые заболевания и интоксикации (курение, употребление алкоголя, наркотиков). Наличие аллергии. Гормональная терапия. Переносимость лекарств. Переливание крови;
- ж) семейный анамнез и наследственность

#### **5. Состояние больного в момент обследования:**

- а) наружный осмотр: общее состояние больного, выражение лица. Телосложение. Рост, вес, положение больного: активное, пассивное, вынужденное. Температура тела. Сознание: ясное, спутанное. Настроение: ровное, спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное. Слабодушие, навязчивые бредовые мысли и их характер.
- б) кожа: цвет, тургор, эластичность, влажность, сыпь; рубцы и их подвижность, пролежни, кровоизлияния, пигментация. Волосы (выпадение, поседение, гипертрихоз). Ногти (ломкость, деформация);
- в) слизистые оболочки (цвет, пигментация);
- г) подкожная клетчатка (степень развития и места наибольшего отложения жира, исхудание, отёки и их расположение, пастозность);

- д) лимфатические узлы: локализация прощупываемых узлов, величина, форма, консистенция, подвижность, спаянность, болезненность, состояние кожи над ними;
- е) мышцы (степень развития, тонус, сила, болезненность при ощупывании, судороги – клонические, тонические, тетанические, дрожание, мелкий тремор);
- ж) кости (деформация, периоститы, искривления, «барабанные палочки», акромегалия);
- з) суставы: подвижность (активная и пассивная), изменение конфигурации, болезненность при ощупывании, при активных и пассивных движениях.

## **6. Исследование по органам и системам.**

### **1) Система дыхания:**

Осмотр грудной клетки: форма грудной клетки, асимметрия, деформация, расширение кожных сосудов, западение и выбухание над- и подключичных ямок, положение и форма ключиц и лопаток. Симметричность движения грудной клетки при глубоком и спокойном дыхании, число дыханий в 1 мин. Тип дыхания, глубина и ритм (ритмичное, Грокха, Чейн-Стокса, Куссмауля). Одышка (экспираторная, инспираторная)

Пальпация грудной клетки: голосовое дрожание.

Перкуссия: сравнительная и топографическая, верхние и нижние границы лёгких. Определение подвижности лёгочных краёв по срединно-ключичной, средней подмышечной линиям.

Аускультация: характер дыхания (жёсткое, везикулярное), хрипы (сухие, влажные, крепитация), шум трения плевры, бронхография.

### **2) Сердечно-сосудистая система:**

Осмотр и ощупывание сердечной области: верхушечный толчок, его местоположение, характер, сила, величина, смещаемость толчка. Пульсация шейных сосудов, пульсация печени, пульсация в надчревной области в яремной ямке.

Пальпация: сердечный толчок, сердечный горб.

Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной сердечной тупости.

Перкуторное определение ширины сосудистого пучка в сантиметрах.

Аускультация сердца и больших сосудов: тоны (звучность тонов, ритмичность, патологические тоны), шумы (систолический, диастолический, шум трения перикарда) в разных положениях и на разных фазах дыхания.

Исследование артерий и вен: пульс лучевых артерий, его свойства, частота, ритм, наполнение, сравнение пульса на обеих руках. Капиллярный пульс.

Набухание шейных вен. Измерение кровяного давления (артериального) на обеих руках (на ногах – по показаниям).

### **3) Система пищеварения.**

Губы, дёсны, зубы, язык, зев, миндалины, глотка, запах изо рта (ацетона, алкоголя, печёночный, уремический).

Живот: форма, участие в дыхании, наличие расширенных вен передней брюшной стенки, видимая перистальтика, окружность живота, асцит.

Пальпация желудочно-кишечного тракта: поверхностная и глубокая.

Перкуссия: жидкость в отлогах участках живота.

Тонус брюшных мышц. Болезненность. Пальпация желудка и кишечника.

Печень: верхняя и нижняя границы при перкуссии. Размеры по Курлову.

Пальпация: край, поверхность, консистенция, болезненность.

Селезёнка: размеры при перкуссии, данные пальпации.

### **4) Мочеполовая система.**

Симптом поколачивания, пальпация почек. Осмотр наружных половых органов, проекции мочеточников и мочевого пузыря.

### **5) Нейро-психическое состояние.**

Сон: нормальный, нарушенный, характер нарушения. Головные боли: характер их, шум в голове, головокружения, менингеальные симптомы.

Галлюцинации: слуховые, зрительные, обонятельные.

Двигательная сфера (координация движений, параличи, парезы, тонус мышц, походка, статика).

Зрение. Глазное яблоко: экзофтальм, эндофтальм, нистагм, зрачки, зрачковые рефлексы. Слух.

### **7. Данные лабораторных и функциональных методов исследования.**

Исследование крови, мочи, кала, мокроты, желудочного и дуоденального содержимого, биомеханические показатели и др. Функциональные пробы печени, почек, сердечно-сосудистой системы, желудка.

**8. ЭКГ.**

**9. Данные рентгеноскопии и рентгенографии.**

**10. Анализ основных симптомов.**

Студент должен выделить ведущие симптомы заболевания у курируемого больного и дать им патогенетическое объяснение. Следует обратить внимание, что генез одного и того же симптома при различной патологии оказывается разным (например, патогенез одышки при сердечной недостаточности и дыхательной недостаточности различен).

**11. Дифференциальный диагноз.**

При проведении дифференциального диагноза необходимо выделить ведущий клинический симптом или синдром, выбрать заболевания, для которых характерен данный синдром и провести сравнение клинической картины этих заболеваний с клиническими проявлениями заболевания у курируемого больного.

**12. Клинический диагноз и его обоснование.**

В этом разделе студент должен выявить те анамнестические данные, клинические синдромы и лабораторно-инструментальные параметры, которые позволяют обосновать и сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией.

**13. Индивидуальный этиопатогенез.**

Частой ошибкой студентов в написании этого раздела является подмена индивидуального этиопатогенеза общими представлениями о патогенетических механизмах заболевания. Важно выделить индивидуальные провоцирующие факторы риска и механизмы развития заболевания у курируемого больного.

**14. Течение заболевания у данного больного. Осложнения.**

Если принятой рабочей классификацией изучаемой нозологии предусмотрены варианты течения, то они должны быть отражены в формулировке диагноза. В противном случае следует отразить динамику течения заболевания, присоединение различных осложнений.

**15. Лечение.**

Этот раздел предусматривает указание диеты, двигательного режима у

курируемого больного, а также перечень назначенных больному медикаментозных препаратов в виде рецептурной прописи с указанием их механизма действия (коротко).

**16. Подробный ежедневный дневник с динамикой объективных и субъективных симптомов, результатов исследований и проводимого лечения.**

**17. Температурный лист.**

**18. Прогноз жизни, выздоровления и трудоспособности.**

Следует обратить внимание на то, что прогноз для трудоспособности определяется не только состоянием больного на момент выписки из стационара, но и характером трудовой деятельности.

**19. Эпикриз.**

Паспортные данные. Время поступления, жалобы, краткие данные анамнеза заболевания и жизни.

Объективные данные и данные специальных исследований, необходимые для обоснования диагноза. Диагноз. Проведенное лечение и полученный эффект.

Характеристика и особенности течения болезни у данного больного.

Состояние больного при выписке. Заключительный диагноз. Прогноз и трудоспособность, трудоустройство. Рекомендации в отношении дальнейшего лечения.

Использованная литература.

Подпись куратора

Дата

ФГБОУ ВО ВолгГМУ  
Кафедра факультетской терапии  
Зав. кафедрой проф. Бабаева А.Р.  
Преподаватель -

Ф.И.О. Иванова Ивана Ивановича

ДИАГНОЗ: ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения, ХСН  
IIA. (Morbus cordis ischaemicus. Stenocardia creschendo, insufficientia  
cordis)

Куратор: студент IV курса,  
Группы №, лечебного фак-та  
Ф.И.О.

## ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Возраст-55 лет.

Адрес

Пол-мужской

Место работы

Профессия-водитель.

Дата поступления, выписки

**ЖАЛОБЫ** на давящие боли за грудиной с иррадиацией в оба надплечья, возникающие при ходьбе в обычном темпе на расстояние до 200-300 м, периодически в покое, длительностью до 5-7 минут, снимаемые приемом нитроглицерина через 3-5 минут; суточная потребность в котором составляет до 5-7 таблеток. Кроме того, больной отмечает умеренную отдышку при привычных физических нагрузках, эпизодически отеки на нижних конечностях, обычно к концу дня.

## АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Больным себя считает в течение 8-10 лет, когда впервые при значительных нагрузках стал отмечать кратковременные давящие боли за грудиной, проходящие самостоятельно в покое, возникающие не чаще 1 раза в 1-2 месяца. К врачам не обращался.

Около 5 лет назад на фоне стрессовой ситуации, в связи с учащением приступов загрудинных болей (почти ежедневно) и усилением их интенсивности, обратился в поликлинику по месту жительства. При обследовании на ЭКГ были выявлены изменения. Больной был впервые госпитализирован в стационар с диагнозом нестабильная стенокардия. После двухнедельного курса лечения нитросорбитом, анаприлином, аспирином, отмечал значительное улучшение состояния, исчезновение приступов стенокардии. По рекомендации врачей продолжал прием анаприлина, аспирина, а также нитроглицерина при появлении загрудинных болей. Самочувствие больного оставалось удовлетворительным, но при быстрой ходьбе периодически возникали приступы стенокардии(не чаще 1 раза в квартал). В последние 2 года обратил внимание на присоединение одышки при ходьбе, эпизодические отеки на нижних конечностях. Настоящее ухудшение в самочувствии отмечает в течение последней недели, когда после физической нагрузки (активно работал на даче) участились загрудинные боли до 4-5 раз в сутки и возросла их интенсивность, снизилась

толерантность к физической нагрузке (не мог пройти более 200 м без приступа стенокардии). Потребность в нитроглицерине составляла до 5-7 таблеток в сутки. В день госпитализации болевой синдром за грудиной носил очень интенсивный характер, в связи с чем больной вызвал скорую помощь. Боли были купированы на дому введением 5 мл баралгина внутривенно. Доставлен в стационар.

При поступлении на ЭКГ регистрировалась депрессия ST около 1,5 мм и отрицательный зубец T в отведениях I, AVL, V2-4. Больной был госпитализирован в ПИТ.

### **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

В детстве рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу. После окончания службы в СА работает водителем. В последние 10 лет работа связана с длительными междугородними перевозками. Приходится работать в ночные часы. Женат с 22-х лет. Имеет 2-х взрослых сыновей. Жилищные условия удовлетворительные. Характер питания в связи с длительными командировками нерегулярный, часто всухомятку, с использованием полуфабрикатов. Курит в течении 40 лет до 1,5 пачек в сутки. Отец больного умер скоропостижно в возрасте 56 лет от заболевания сердца, мать в возрасте 70 лет от инсульта.

### **ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС:**

Состояние больного на момент осмотра удовлетворительное. Выражение лица спокойное. Правильного телосложения, повышенного питания. Рост 170 см Вес – 105 кг. Положение активное. Кожа эластичная, нормальной окраски, чистая. Тургор тканей в норме. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые. Подкожная клетчатка хорошо развита с небольшим отложением жира в области брюшной стенки и бедер (абдоминальный тип ожирения), голени и стопы пастозны. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены, подвижны, безболезненны, не связана с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена. Костно-мышечная система без особенностей. Активные и пассивные движения в суставах безболезненны, в полном объеме.

## **СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.**

Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична. Над- и подключичные ямки сглажены, ключицы и лопатки расположены симметрично. Движения грудной клетки при дыхании симметричны. Тип дыхания грудной. Дыхание ритмичное с ЧД 18 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненна, голосовое дрожание одинаково с обеих сторон. При сравнительной перкуссии над легкими определяется обычный легочный звук. При топографической перкуссии нижние границы легких: по окологрудинной линии – нижний край 6 ребра (для левого не определяется), по средне-ключичной линии – 7 ребро (для левого не определяется), по передне-подмышечной линии – 8 ребро, по средне-подмышечной – 9 ребро, по задней-подмышечной – верхний край 10 ребра, по лопаточной линии – нижний край 10 ребра. Подвижность нижних легочных краев по срединно-подмышечной линии – 4 см, поля Кренига 4x5 см. При аускультации дыхание везикулярное, прослушивается над всеми отделами легких, хрипов нет. Шум трения плевры не определяется.

## **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Осмотр области сердца без особенностей. Верхушечный толчок в пятом межреберье на 1,5-2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, разлитого характера.

Граница относительной сердечной тупости :

Правая по правому краю грудины;

Верхняя-нижний край III ребра;

Левая-на 2см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 76 удара в минуту. Сердечные шумы не определяются. Пульс, определяемый на

лучевых артериях симметричен, удовлетворительного наполнения и напряжения ,76 ударов в минуту, АД-130/80мм.рт.ст.

## **СИСТЕМА ПИЩЕВОРЕНИЯ**

Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки ,мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову-10-8-7 см. При пальпации край печени на 2см ниже реберной дуги, острый, эластичной консистенции.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно по левой средне-подмышечной линии верхний край на уровне верхнего края X ребра, нижний-нижний край XII ребра.

## **МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.Почки пальпации не доступны.

## **НЕЙРО-ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ**

Сознание ясное. Эмоционально лабилен. Сон нарушен. Движения координированы. Походка ровная. Парезы ,параличи отсутствуют. Выражены явления красного дермографизма. Реакция зрачков на свет сохранена ,содружественна.

## **ДАННЫЕ ЛАБАРАТОРНЫХ МЕТОДОВ.**

### **ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:**

Эритроциты- $4,2 \times 10^{12}$ /л

Нв-120г/л

Лейкоциты- $5,4 \times 10^9$  /л

П-0%,С-67%,Э-0%,М-5%,Л-27%

СОЭ-12мм/ч

### **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:**

Холестерин-7мм/ч

В-липопротеиды-70ед(N до 60ед.)

Ві-20 мкмоль/л, непрямой-16 мкмоль/л

АLАТ-0,25 мкмоль/л

АSАТ-0,4 мкмоль/л

Сахар крови-5,6ммоль/л

Мочевина-5ммоль/л

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

ЭКГ при поступлении: RI>RII>RIII>r1, Rv 5,6>Rv 4, STI, AVL, V2-4-ниже изолинии, T v 2-4-отрицательный.

PQ-0,16”

QT-0,42” (0,36”)

Ритм правильный, синусовый ,ЧСС-72 удара в минуту ,отклонение ЭОС влево. Симптомы гипертрофии левого желудочка. Ишемия передне-перегородочной области.

ЭКГ через 3 дня. Ритм правильный, синусовый, ЧСС-70 ударов в минутут, Сохраняется признаки гипертрофии левого желудочка .Ишемия не определяется (ST на изолинии, T+)

**ЭХОКАРДИОГРАФИЯ:** наличие гипокинезии передне-перегородочной области, снижение ФВ до 38%.

## АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ

1. Ведущим симптомом у курируемого больного является приступы стенокардии, которые проявляются приступообразными, давящими болями за грудиной с характерной иррадиацией в оба надплечья. Боли провоцируются физической нагрузкой, купируются приемом нитроглицерина через 3-5 минут, носят монотонный характер (всегда давящие)  
Наличие болевого синдрома при ИБС связано с несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и способностью коронарных сосудов обеспечивать эту потребность вследствие их атеросклеротического поражения. Клинически ИБС обычно проявляется при обтурации коронарных артериях на 50% и более.
2. Кроме того, у больного в течении последних 2х лет появились признаки сердечной недостаточности в виде одышки при ходьбе и эпизодических отеков на нижних конечностях. Развитие сердечной недостаточности связано с систолической и диастолической дисфункцией миокарда на фоне его ишемии, а также снижением сократительной функции миокарда, включением нейрогуморальных механизмов (активация РААС и САС, снижение выработки натрийуретического полипептида и др.)

У больного при обследовании была выявлена гипертрофия левого желудочка в виде расширения границ сердца влево. наличие гипертрофии левого желудочка подтверждается данными рентгенографии органов грудной клетки и ЭКГ- признаками в виде отклонения ЭОС влево,  $R_I > R_{II} > R_{III}$ ,  $S_{III} > r_1$ ,  $R_{v5}, 6 > R_{v4}$ ,  $R_{v6} + S_{v1} > 35$  мм.

4. Наличие переходящей депрессии сегмента STI, AVL, а также V2- с инверсией зубца Т указывает на переходящий характер ишемии миокарда.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Наличие стенокардического характера болей, значительная их интенсивность в день поступления, потребовавшая внутривенного введения

анальгетиков, наличия преходящей ишемии на ЭКГ требует исключения у больного, прежде всего, инфаркта миокарда.

Боли при инфаркте миокарда носят длительный, нередко волнообразный характер и купируются обычно введением наркотиков. У нашего больного приступ стенокардии был купирован ненаркотическим анальгетиком – баралгином и впоследствии не возобновляется. При инфаркте миокарда болевой синдром часто сопровождается вегетативной дисфункцией с профузным потом, бледностью кожных покровов, а также явлениями резорбционно – некротического синдрома в виде лихорадки, лейкоцитоза, повышения активности тканевых ферментов. У курируемого нами больного уровень лейкоцитов при поступлении –  $5,4 \cdot 10^9$  без сдвига в формуле активность трансаминаз соответствует норме.

Кроме того, в диагностике инфаркта миокарда большое значение имеют ЭКГ –данные, выявляющие признаки повреждения ( подъем ST с Q) в остром периоде с динамикой в подострый период. У нашего больного на фоне болевого синдрома на ЭКГ регистрировалась преходящая ишемия миокарда передне-перегородочной области (V2-4). Клиническое улучшение у больного сопровождалось исчезновением ишемии на ЭКГ. По данным ЭхоКГ гипокинезия передне-перегородочной области.

Таким образом, суммируя все выше изложенное, можно исключить инфаркт миокарда у курируемого больного.

Локализация болей за грудиной, их иррадиация и связь с физической нагрузкой в равной мере могут быть как признаками стенокардии, так и остеохондроза с корешковым синдромом. Нередко эти заболевания сочетаются. Это создает необходимость дифференцировать эти нозологии.

Надо отметить, что при остеохондрозе боли по характеру острые, режущие, напоминают прохождение электрического тока, часто усиливаются при повороте, наклоне, кашле, чихании, натуживании, при длительно фиксированной позе. Боли нередко сопровождаются парестезиями, могут появляться и усиливаться при наклонах головы. Корешковые боли при остеохондрозе либо кратковременны, либо длительные многочасовые. Для своего купирования требуют назначения НПВП и анальгетиков и никогда не уступают терапии коронаролитиками.

Характер болей у курируемого больного не укладывается в корешковый синдром. Пальпация по паравертебральным, парастернальным точкам и по межреберьям безболезненна. Больной отрицает хруст в

позвонках при движении шеи. Определенное диагностическое значение имеет рентгенологическое исследование позвоночника, которое не проводилось курируемому больному. Но следует отметить, что рентгенологические признаки остеохондроза выявляются после 50 лет почти у всех людей, поэтому их диагностическая ценность очень низка.

В пользу ИБС у нашего больного свидетельствуют данные ЭКГ, выявляющие ишемию, которая в динамике уступила коронаролитической терапии.

Следует учесть наличие факторов риска по ИБС (избыточная масса тела, наследственно отягощенный анамнез, злостное курение, пол, возраст, гиперхолестеринемия, гипер-в-липопротеинемия).

Совокупность всех перечисленных признаков, позволяют диагностировать ИБС. Прогрессирующую стенокардию Н II А (ФК II). Ожирение III степени.

## **ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании характера жалоб, предъявляемых больным (стенокардитический характер); анамнестических данных (отягощенная наследственность, курение, характер работы, связанный со стрессовыми ситуациями, длительными командировками, ночными сменами), данных объективного обследования (приглушение сердечных тонов – неспецифический признак, расширение границ сердца влево, наличие пастозности стоп и голеней), клинико – лабораторных показателей и инструментальных исследований (гиперхолестеринемия, гипер-в-липопротеинемия, признаки ишемии миокарда и гипертрофии левого желудочка), учитывая течение заболевания (присоединение симптомов СН) и появления признаков прогрессивания стенокардии за неделю до госпитализации (учащение приступов загрудинных болей и усиление их интенсивности, повышение потребности в нитроглицерине, снижение толерантности к физической нагрузке) и оценивая положительный эффект антиангинальной терапии (клинически и по данным ЭКГ) можно поставить клинический диагноз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Осложнения. Н II А. Сопутствующий диагноз: Ожирение III степени.

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

У данного больного в качестве этиологических причин для возникновения заболевания можно указать: возраст, мужской пол, дислипидемия, гиперхолестеринемия, ожирение, злостное курение, отягощенная наследственность (смерть отца и матери от сердечно-сосудистых заболеваний).

В результате действие неблагоприятных факторов у больного развился атеросклероз коронарных сосудов, систолическая и диастолическая дисфункция – все это привело к неадекватности «запросов» сердечной мышцы и возможностей ее кровоснабжения, приводящей к ишемии миокарда.

В течение определенного времени кровоснабжение оставалось еще на относительно приемлемом, хотя и сниженном уровне, что проявлялось стенокардией напряжения стабильного типа. Однако, в течение последней недели на фоне привычной физической нагрузки у больного участились приступы загрудинных болей, что было связано с ухудшением кровоснабжения мышцы сердца настолько, что пороговые значения возникновения ишемии, а значит и болевого синдрома, значительно снизились. Суммарно это выражалось в учащении и утяжелении потребности в НГ до 5-7 таблеток в сутки. На фоне проводимой терапии удалось привести кровоснабжение миокарда в соответствие с его потребностями, что сопровождалось клиническим улучшением и положительной динамикой на ЭКГ.

## ЛЕЧЕНИЕ

В течение первых 1-2-х дней наблюдение в ПИТ с динамическим наблюдением за показателями гемодинамики, данными ЭКГ.

1. Ac.Acetylsalicylicі 0,5 в первоначальной разовой дозе, разжевывать с целью быстрого всасывания и получения раннего антитромбоцитарного эффекта. Затем 125 мг/сут, после еды (антитромботическое действие АСК основано на ингибировании циклооксигеназы тромбоцитов)
2. S. Nitroglycerini 1% -4,0 + S.Natrii chloridi 0,9%

D.S. в/в капельно со скоростью введения, начиная с 5-15 мкг/мин, не допуская снижения систолического АД менее 100-90 мм.рт.ст. Инфузия

нитроглицерина проводится в течение 1-2 суток (НГ является периферическим венозным вазодилататором).

3. Heparini 12,5тыс Е.Д \* 2р п/к живота (антикоагулянт прямого действия, под контролем времени свертывания)

4. Metoprololi 50 mg

D.S. По 50 мг\* 2 р.в день (кардиоселективный, липофильный в-адреноблокатор)

5. Caroteni 25 mg

D.S. По ½ таблетки \* 3 раза в день под контролем АД (является ИАПФ, используется для профилактики инфаркта миокарда и лечения СН, уменьшает пред- и постнагрузку на миокард).

5. Verospironi 25 mg

DS: 1 таб. × 1 раз в день (антагонист альдостерона при одновременном назначении с ИАПФ необходим контроль уровня калия плазмы – угроза гиперкалиемии).

7. Cardiketi 40 mg

DS: По 1 таб. × 2 раза в день (продолжительный нитрат, назначен после завершения инфузии нитроглицерина).

Учитывая наличие у больного дислипидемии, повышения уровня холестерина, абдоминальный характер ожирения, в план лечения целесообразно включить терапию статинами (симвастатин 20 мг × 1 раз н/н) под контролем липидного спектра и функции печени и почек.

### **ДНЕВНИКИ ( в количестве 2-3).**

ДАТА: Больной находится в стационаре третьей сутки. На вторые сутки переведен из ПИТ в общую палату. Отмечает улучшение самочувствия. В течение последних 2-х дней приступов стенокардии и их эквивалентов не было. Двигательный режим ограничен ходьбой по палате, до туалета и до столовой.

Общее состояние удовлетворительное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 130/80 мм.рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 2 см ниже реберного края. Сохраняется

пастозность стоп. Повторно снята ЭКГ - ишемия передне - перегородочной области не определяется. Отеков на нижних конечностях нет.

### **ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни относительно благоприятный. Проведенное лечение значительно улучшило исход заболеваний. Больничная летальность – 1,5%, летальность в течение года с момента возникновения нестабильной стенокардии – менее 9%, в 5% случаев в течение 4-6 недель развивается инфаркт миокарда, в 25% случаев в течение года требуется повторная госпитализация. Больному следует наблюдаться амбулаторно у участкового терапевта и кардиолога для своевременной диагностики прогрессирования стенокардии, ХСН, а также соблюдать диетические ограничения и продолжить прием  $\beta$ -блокаторов, ингибиторов АПФ, антиагрегантов. В случае соблюдения больным рекомендаций по изменению образа жизни, исключения вредных привычек прогноз относительно благоприятный. В отношении прогноза для трудоспособности, следует отметить, что больной может быть выписан к труду, но с ограничением (освобождение от длительных командировок, от работы в ночное время через КЭК).

При несоблюдении больным рекомендаций возможно прогрессирование стенокардии, развитие инфаркта миокарда, что прогностически неблагоприятно.

### **ЭПИКРИЗ**

Больной А. поступил в кардиологическое отделение больницы № 7 (дата) с жалобами на частые приступы интенсивных загрудинных болей до 5-7 минут, купируемых приемом нитроглицерина, потребность в котором составляла до 7 таблеток в сутки.

При обследовании отмечалась преходящая ишемия на ЭКГ, изменения при ЭХО-КГ - исследовании в виде гипокинезии участков миокарда и снижение ФВ.

Биохимические исследования выявили повышенный уровень холестерина – 7 ммоль/л и  $\beta$ -липопротеидов.

На основании жалоб больного, анамнестических данных и объективного обследования, данных вышеперечисленных исследований, был поставлен DS: ИБС. Прогрессирующая стенокардия, ХСН II А. Ожирение III ст.

На фоне проведенной терапии нитратами,  $\beta$ -блокаторами, ИАПФ, антикоагулянтами и антиагрегантами отмечается положительная динамика – приступы стенокардии купированы, показатели гемодинамики стабильны, на ЭКГ исчезла ишемия.

К моменту окончания курации больной продолжает находиться на стационарном лечении.

После выписки больному рекомендуется наблюдение у участкового терапевта и кардиолога, фармакотерапия (кардикет, аспирин, капотен, метопролол). Показано исключение из пищи продуктов, содержащих холестерин, снижение доли мясных и повышение растительных продуктов, клетчатки. Больному рекомендуется освобождение от командировок и ночных работ ( через КЭК). Следует отказаться от курения.